



TITLE:

臨床診断ト手術所見

AUTHOR(S):

CITATION:

臨床診断ト手術所見. 日本外科宝函 1938, 15(6): 977-980

ISSUE DATE:

1938-11-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/204978>

RIGHT:

口側10糎ノ部ニ於テ重積シタ小腸部分ヲ全切除シ手術ヲ終ル。

術後経過：術前ノ痙攣發作ハ全ク消失シテ術後13日目ニ全治退院。

考察：標本デ明カナ様ニ本例ハ部分的臓置術ヲ施サレタ小腸斷端ガ腹腔内デ自由ニ動キ巾着縫合部斷端自體ノ重量ト共ノ蠕動運動ニヨリ、ソレヨリ肛門側ノ小腸内ニ重積シタモノデアル。而モ巾着縫合ハ2重ニモ行ハレタ結果斷端部ハ大キクナリ重量モ増大シタノデアル。ソレデアアルカラ今後カカル際ハ先ヅ自由ニ動キ得ル小腸斷端ヲ腸間膜又ハ他ノ腸管ニ固定シ場合ニ依ツテハ巾着縫合ノ數ヲ減ジテソノ後ノ腸重積發生機轉ヲ豫防スベキモノダト信ズル。

臨床診断ト手術所見

原發性胃肉腫ノ1例

宇坂直彦（京都外科集談會昭和13年9月例會所演）

患者：59歳ノ女

主訴：心窩部ノ充滿感

現病歴：15年前ヨリ、時々食後心窩部ニ不快感ヲ來シタガ放置シテキタ。本年1月カラ食後心窩部ニ充滿感ヲ覺エル様ニナリ、5月カラハソレガ甚シクナリ、食後2—3時間經續シ、3—4時間デ消失スルガ、食思ハ反ツテ良好デアル。惡心、嘔吐等ハ無シ。便通1日1行。5月カラ1ヶ月間ニ1貫目瘦セタ。

既往歴、遺傳歴ニハ特記スベキコトハ無イ。

現症：(15/Ⅵ入院時所見)體格中等大、栄養中等度、平溫平脈、胸部、四肢ニ變化ヲ認メズ。

局所々見：腹部ハ稍々陥沒シ、腹壁ノ靜脈怒張、發赤、蠕動不安等ヲ認メズ。

觸診上：腹壁ハ一般ニ弛緩シ臍ノ左下方ニ1個ノ無痛性腫瘍ヲ觸レル。大サ鷲卵大ニシテ、境界ハ鮮銳、橢圓形、表面平滑、硬度ハ彈性軟ナルモ波動ヲ證明セズ。腫瘍ハ可動性ニテ殊ニ左右ニ振子狀ニヨク移動スル。

血液像：赤血球數405萬、白血球數5400、血色素量44% (Sahli)、即チ貧血ヲ認メル。ワ氏反應ハ陰性。

術前胃液検査：遊離鹽酸、乳酸無ク、總酸度低下シ潜在性出血ヲ證明ス。

尿検査：異常無シ。

臨床診断：腫瘍ハ餘リニ軟ニシテ顯著ナル移動性ヲ示シタノデ或ハ胃癌以外ノ腫瘍デハナイカト考ヘタ。

上線検査：胃粘膜皺襞像ヲ檢スルニ腫瘍像ヲ認メ、表面平滑デ周圍ト明カニ境サル。此ノ腫瘍像ニ一致シテ彈性軟ナル腫瘍ヲ觸レル。ソノ表面ニ2個ノ示指頭大ノ明瞭ナ陰影斑ガアルガ、是ハ潰瘍ナラント考ヘラル。第1斜位デ造影劑充盈胃ヲ檢スルト、陰影缺損ハ胃前壁大彎近クニ存在スル。依ツテ此ノ腫瘍ハ胃癌デハナク胃前壁カラ發生シタ胃「ポリープ」ノ如キモノデ、比較的廣範圍ノ基底ヲ有スルモノト考ヘラレル。

手術：正中線デ開腹。胃ハ正常ナル位置ニアツテ、小兒手拳大ノ腫瘍ヲ胃前壁ニ認メル。表面平滑、境界鮮銳デ、彈性軟、周圍ニ何等浸潤ヲ認メズ。腫瘍部ノ胃漿液膜ニハ病變ナク癒着モ無シ。肝胃靱帶ニ大豆大ノ淋巴腺腫脹2個ヲ認メルノミデ、ソノ他ノ轉移ヲ發見シ得ズ。Billroth Iノ術式デ胃切除行フ。

術後経過：良好デ第1期治癒。3週間デ全治退院。

切除標本所見：胃前壁内面ニ膨大セル縱7糎、横5糎ノ卵圓形ノ腫瘍ガアリ、健常ナ胃粘膜ヲ被ツテ居ルガ、ソノ中央ニ2個ノ示指頭大ノ潰瘍ヲ認ム。腫瘍以外ノ胃壁ニハ變化ヲ認メズ。腫瘍剖面ハ實質性、分葉狀デ、淡黃白色、而モ粘膜下層ニアリ筋肉層、漿液膜ニハ變化ヲ認メズ。

組織學的検査：纖維性細胞肉腫 (Fibrosarcom)。

生物學的検査：本腫瘍ノ「リムペデン」現象ハ陽性。

考 察：觸診上腫瘍ノ表面ガ平滑デソノ硬度弾力性軟デアルコト等ハソノ腫瘍ガ癌デアルト
スルニハ都合ノ惡イ所見デアルト考ヘタガ、レ線検査ニヨリコノ考ヘノ正シイコトガ明白ニナ
ツタ。即チ胃「レリーフ」像ハ胃癌ノソレト全ク異リ表面ハ平滑デ且ツ球狀、比較的廣汎ナ基底
ヲモツテ胃前壁カラ發生シタ腫瘍デアアルコトヲ示シタ。此ノ様ナレ線像ヲ示スモノデ先ヅ考ヘ
ラレルノハ胃「ポリープ」デアアル。只、胃「ポリープ」デアレバ、柄ヲ持ツテ胃内腔ヲ移動ス可
キデアアル。然ルニ此ノ患者デハスル移動性ヲ示サナカツタ。ソレデ考ヘラレルモノハ纖維腫、
筋腫、或ハ肉腫デアアルガ、此等ノモノハ比較的稀ナモノデ、特ニ肉腫ハ日本デ今迄ニ24ノ報告
例ガアルニ過ギス程デアアルカラ、此際ハ Stiel ノ比較的短イ、從ツテ胃腔内移動性モ少イ胃「ポ
リープ」デアラウト考ヘタノデアアル。然シ開腹手術ノ結果ハ前述ノ様ニ此ノ腫瘍ガ胃前壁カラ
發生シタ纖維性細胞肉腫デアツタ。ソレデ此ノ患者ハ15年以來ノ経過ヲ示シテ居ル點カラ最初
カラ肉腫ノ形デ現レタモノデナク、初メハ纖維腫デアツタモノガ最近ニ至ツテ何等カノ原因デ
肉腫ニ惡性化シタモノデアルト考ヘラレル。

小腸「ポリープ」ニ歸因スル腸閉塞症

倉 彦 市 (京都外科集談會昭和13年9月例会所演)

患 者：21歳，男子。(本年1月入院)

主 訴：腹痛

現病歴：昨年8月中旬，即チ來院約10ヶ月以前ニ，食餌不攝生ガアツテ，ソノ後2—3時間ニ數行ノ下痢ガ
アツタ後ハ，全然便通ガナク，腹痛，嘔吐，腹部膨滿，微熱ヲ來シ，之等ハ半ヶ月ニ及ンダ。ソノ間瓦斯排
出ハアツタガ便通ハ無カツタ。本年2月及ビ4月ニモ同様ノ發作ヲ來シタガ輕ク済ンダ。然ルニ來院前々日
午後ヨリ，誘因ナクシテ，特ニ廻盲部ニ強イ腹部全般ニ渉ル疼痛ガ起リ，嘔吐數回アリ，便通並ビニ瓦斯排
出ガ停止シタ。

現在症：體格，骨格，榮養略々尋常。顔貌ハ稍々苦悶狀ヲ呈ス。脈搏ハ1分時80，整調，緊張可良。呼吸
ハ稍々頻數デ，胸式呼吸。胸部臟器ニ異常ヲ認メズ。

腹部所見：腹部ハ一般ニ膨滿シテキルガ，限局性膨起，蠕動不穩，皮膚ノ發赤，靜脈怒張等ヲ認メズ。觸
診スルニ腹部全般ニ渉ツテ，1) 輕度ノ Défense musculaire, 2) 著明ナ Blumberg 氏症候, 3) 著明ナ壓痛ヲ
證明シ，之等ハイヅレモ右側ニ於テ強ク左側ニ於テ弱シ。シカシ Mc Burney 氏壓痛點ニ限局スル特ニ強イ
壓痛ハ示サズ。Rosenstein 氏症候ハ不明。深部觸診ハ Défense musculaire, 壓痛ノ爲，殆ンド不能デ，唯ソ
ノ可能ナル範圍ニ於テハ腫脹，腸動直ツ觸レズ。聽診ニヨリ腸雜音ハ全然聽キ得ズ。摩擦音モ證明シ得ナイ。
肛門指診ヲ行フニ直腸膨大部ハ中等度ニ擴張シテ熱感ガ著明デアアル。Douglas 腔ハ著明ニ膨起シ，壓痛又著
明デアアル。

血液所見：赤血球523萬，ヘモグロビン75% (ザーリ)，白血球ハ12100，著明ナ白血球增多ヲ示ス。

尿所見：蛋白弱陽性デ，尿中ニハ多數ノ大腸菌ヲ證明シタ。

臨床診斷：以上ノ所見ヨリ蟲様突起炎後ノ慢性腹膜炎ト診斷シタ。直チニ緊急手術ヲ行フ。

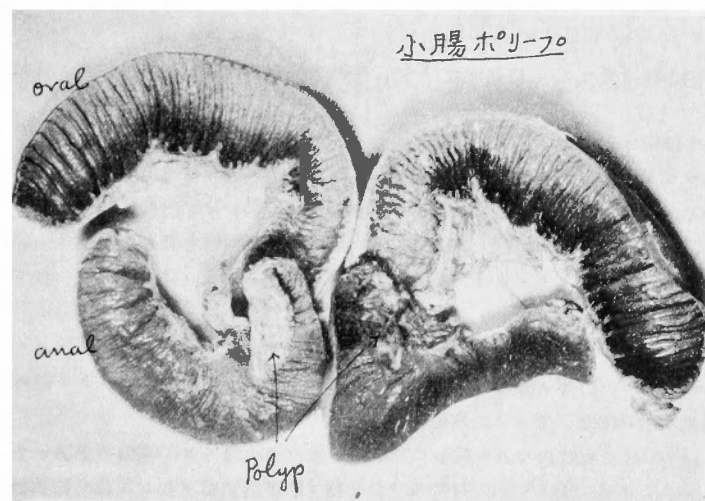
手術所見：廻盲部ニ於テ直腸筋外緣切開ニテ開腹。腹膜ハ強ク充血シ無臭，淡黃色不透明ノ腹水ガ多量流
溢ス。蟲様突起ハ全ク健常ニ存ス。シカシ之ノ切除ヲ行ツタ。

依ツテ病原ヲ探ルベク正中線切開ヲ加ヘ腹腔ヲ檢スルニ骨盤腔右側ニ於テ小腸ガ互ニ輕ク癒着シ團塊ヲ作ルヲ見ル。之ヲ創外ニ出シテ檢スルニ、迴腸端ヨリ約20厘米口側ニ於テ狹窄ヲ認ム。更ニ之ヲ精査スルニ拇指大ニシテ瘢痕性萎縮ヲナシ彈性硬、而モ長軸ヲ中心トシテ左迴リニ振轉ス。狹窄部ニ於ケル通過機能ハ全く障礙サレ上方カラ指壓デ瓦斯ヲ送りテモ下方ニ通ゼズ。狹窄部ノ直グ肛門側ノ腸管壁カラ「ポリープ」様形態ガ出テ、肛門側腸管中ニ浮動シテキルノヲ觸レタ。狹窄部ヲ中心ニ約20厘米腸切除ヲナシ、迴腸結腸吻合

術ヲ行ヒ、迴盲部及ビ正中線兩創口ニハ排膿管ヲ挿入シテ手術ヲ了ル。

標本所見：圖ニ示ス如ク狹窄部ハ拇指大デアツテ、ソノ腸管腔ハドウニカ小指ヲ通ズル位デアリ、狹窄部肛門側腸管壁ニ基底ヲ有スル長サ約5厘米、太サ約小指頭大、結締組織樣彈性硬ナル「ポリープ」アリ。

レ線學的検査：術前ノ検査ガ出來ナカタノデ、標本ニ試ミニ「バリウム」ヲ充盈シテ、レ線像ヲ檢シテ所、「ポリ



ープ」ノ像ハ明デナク、即チ腸「ポリープ」ヲレ線學的ニ示現スルノハ困難デアルコトヲ思ハシメタ。

考 察：本例ハ初メ蟲様突起炎後ノ汎發性腹膜炎ヲ思ハシメタガ、手術所見ニ依ツテ、小腸ニハ比較的稀ラシイ腸「ポリープ」ヲ原因トスル腸閉塞症デアツタ。

機轉ハ「ポリープ」ガ蠕動ニ依ツテ前送サレ、ソノ際同時ニ基底部腸管壁ヲ共ニ引き込メデ腸管腔ヲ狹メタモノト思ハレル。度々起ツタ腸閉塞様發作ハ強ク引カレタ「ポリープ」及ビ腸管壁ガ輕イ腸重積ヲ起シ、自然ニ緩解シタモノト考ヘラレル。其等ノ操作ヲ繰返ス内ニ、「ポリープ」基底部腸管壁ハソノ刺戟ニ依ツテ瘢痕性萎縮ヲ來シ、又ソノタメ軸振轉ヲモ將來シ、完全ナ閉塞ヲ來シタモノデアル。

辜丸肉腫ノ轉移ニヨル小腸々重積症

芋 坂 直 彦 (京都外科集談會昭和13年9月例會所演)

患 者：61歳ノ男子

主 訴：疝痛様腹痛、惡心

現病歴：本年29/V 午前10時頃、何等誘因ト思ハレルモノナク、突然激シイ腹痛ヲ來シ、惡心アリ。翌日ニハ疝痛様トナリ、嘔吐ヲ來スニ至ル。吐物ハ食物殘渣ノミ。發病以來時々腹部ニ「ゲル」音ヲ發スルモ排便放屁ハナイ。食慾ナク、睡眠不良。

既往歴：生來健康デアツタガ、2年前カラ右辜丸ノ無痛性腫脹ヲ來シ、昨年秋カラ急ニ是ガ大キナリ、本年春ニハ鶩卵大ニナツタ。本年3/V 右辜丸及ビ右鼠蹊部ニ激痛ガアツタノデ、6/V 某病院ニテ去勢手術ヲ受ケタ。

遺傳歴：特記スベキコトハナイ。

現 症：(入院時) 體格中等大，榮養稍々衰へ，脈搏ハ緊張良ク，整調，1分時95。白キ舌苔ヲ認ム。體溫 36.5°C。頭，胸部，四肢等ニ變化ナシ。

局所々見：左下腹部稍々膨滿シ，蹄形ノ限局性膨起ガ腸管ノ輪廓ヲ示シテキル。蠕動不安，靜脈怒張，皮膚發赤等ハ認メラレズ。觸診上，腹壁緊張ナク，ブルームベルグ氏徵候モ證明サレズ。左季肋部及ビ蹄形膨起ニ相當シテ彈力性硬ノ腫瘍ヲ觸レ，壓痛アリ。聽診上響鳴性ナラザル腸雜音ヲ聞ク。肛門指診ニテ直腸膨大部ハ強度ニ擴大シテ居ル。

血液所見：赤血球數355萬，血色素69% (ザーリ)，白血球數11600，中性多核白血球85%，即チ輕度ノ貧血及ビ白血球增多ガ認メラレル。

尿所見：蛋白陽性，尿中大腸菌ヲ證明ス。

臨床診斷：腸管ノ通過障碍ガアルコトハ確カデアルガ，發熱ナク特ニ健常尿中ニ大腸菌ヲ證明シタコトカラ，之レハ機械的腸閉塞症デ而モ廣義ノ絞扼性腸閉塞症デアルコトガ推定サレル。シカシS狀結腸ノ捻轉ト考ヘルニハ腹部膨起ノ程度ガ低ク，又現ハレテ居ル腸管ノ輪廓モ小サク，ソノ上軸捻轉ニ見ル様ナ強い痙攣デハナイ。左季肋部ニ腫瘍ガ觸レ，且ツ苦痛ハ激烈ナガラモ幾分 mild デアル點ハムシロ腸重積症ニ一致シテ居ル。

レ線所見：透視スルニ小腸ハ膨大シテ Spiegelbild アリ。經肛門的ニ造影劑ヲ注入スルニ盲腸マデ容易ニ流入シ得ルガ，大腸ハ一般ニ Tonus 高ク，造影劑ノ流入ニヨツテ膨大セズ。上記蹄形腫瘍ハ小腸ニシテ同所ニハ腸管内ニガスヲ認メナイ。即チ小腸々閉塞デ恐ラク腸重積デアロウト考ヘラレタ。

手 術：正中線ニテ開腹。腹水約 200 ㏄。腹腔内左方ニ擴張シ黒紫色トナツタ小腸アリ，其他ノ小腸ハ全ク萎縮シ，胃，大腸ハ上方ニ壓排サレテキル。トライツ氏靱帶カラ約 30 糎ノ所デ腸重積ヲ起シ，長サ約 40 糎ニ及ビ，ソノ先頭ニ鳩卵大ノ腫瘍ヲ觸ル。整復ハ不可能ナルヲ以テ重積ヲ起シテ居ル部分ヲ切除シ，端々吻合ヲナス。更ニ小腸ヲ檢スルニトライツ氏靱帶カラ 20, 130, 135 糎及ビ 200 糎ノ部分ニ夫々拇指頭大ヨリ鳩卵大ナル彈力性硬ノ限局性腫瘍アリ。腸間膜淋巴腺ノ腫脹モ多數認メラレタルモ其儘腹腔ヲ閉ジ手術ヲ終ル。

術後經過：手術創ハ一部感染シタガ經過良好デ術後第6日目カラ平熱トナツタ。

切除標本所見：腸重積内鞘ノ先頭ニ腫瘍ガアリ，其他ニモ切除セル小腸管壁ニ示指頭大ノ腫瘍ガ3個認メラレル。何レモ腸内腔ニ茸狀ニ突出シ筋層ハ侵カサレズシテ粘膜ヲ切除シテキル。組織學的ニハ圓形細胞肉腫デアル。

考察：本例ハ其ノ病歴，局所々見，レ線檢査等ニヨツテ術前小腸重積症ヲ疑ヒ手術ノ結果之レガ立證セラレタ1例デアル。小腸重積ノ大部分ハ腸壁ノ腫瘍ガソノ因子ヲナスモノデアル。本例ニ於テモ我々ハ初メ現症ヲ小腸重積症ト考ヘタ際，之レト異ニ摘出サレタ辜丸腫瘍トノ間ニ關係アリ，即チ辜丸腫瘍ノ轉移ガ小腸壁ニ存在シテ居ツテ，ソレガ誘因トナツテ腸重積ヲ將來シタモノデアラウト考ヘタノデアル (但シ斯ルコトハ稀ナルコトデアルカラ確信ハ出來ナカツタ)。果シテ手術ノ結果ハ我々ノ想像シテ居タ如ク腸壁腫瘍ヲ因子トスル小腸重積デアリ，檢鏡ノ結果モ亦タ摘出辜丸腫瘍ト腸壁腫瘍トハ全ク一致シテ何レモ圓形細胞肉腫デアルコトガ確カメラレタ。